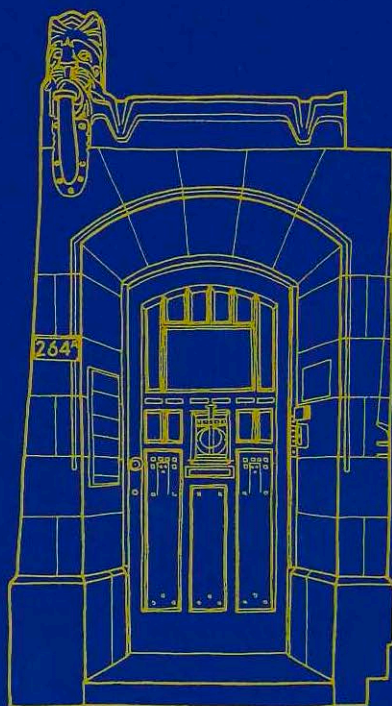


# DE PERSOON VAN DE DOKTER

AFSCHEIDSREDE VAN  
PROF. DR. H. J. DOKTER



UITGESPROKEN OP  
22 FEBRUARI 1991

**DE PERSOON VAN DE DOKTER**

AFSCHEIDSREDE VAN PROF. DR. H.J. DOKTER,  
HOOGLERAAR HUISARTSGENEESKUNDE AAN DE  
ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM,  
UITGESPROKEN OP 22 FEBRUARI 1991.



"Aber nicht nur für den Körper, der der wertlosere Teil des Menschen ist, trägt der Arzt Sorge, er sorgt sogar für den ganzen Menschen, wenn auch (in dieser Hinsicht) der Geistliche mit der Seele, der Arzt mit dem Körper anfangen wird."

Encomium artis medicae per Erasmus Roterodamum  
[Merck, Darmstadt, 1960]

"De zorg voor het deel mag niet ondernomen worden zonder behandeling van het geheel.

Er mag geen zorg zijn voor het lichaam zonder de ziel en als het hoofd en het lichaam gezond moeten worden, moet u beginnen met zorg voor de geest, want dit is de grote fout in onze dagen bij het behandelen van het menselijk lichaam: dat artsen eerst de ziel van het lichaam scheiden."

Plato, "De Staat".



Mijnheer de Rector Magnificus,  
Mijnheer de Voorzitter van het College van Bestuur,  
Zeer gewaardeerde toehoorderessen en toehoorders,  
Dames en Heren,

## INLEIDING

In zijn boek "De ziekte van Lodesteyn" schildert de schrijver Levi Weemoedt ons het lot van de leraar klassieke talen Lodesteyn, na de sluiting van het oude krakkemikkige schoolgebouw en de opening van een nieuw modern glazen bouw-  
sel.<sup>[1]</sup> Deze wat eigenaardige leraar komt in aanraking met een dokter, nadat hij op de schrijfwarenafdeling van Vroom en Dreesmann een kortdurende wegraking heeft gehad. Weemoedt schrijft dan over dit contact met de dokter als volgt: "Een gesprek met een dokter is altijd te kort om het over wezenlijke zaken te hebben, ziekte en dood, benauwdheid en verdriet, daarom merkte Lodesteyn maar op dat de dokter een aardig beeldje had staan, daar in het raamkozijn. Het was een gipsen afgietseltje van Pallas Athene met de uil".

Wat mij bijzonder getroffen heeft in dit fragment, is de uitspraak dat de dokter in de ogen van de schrijver Weemoedt geen tijd heeft voor zaken waarover een patiënt nu juist wel met zijn of haar arts zou willen spreken. Ik denk dat Weemoedt met deze uitspraak de spijker op zijn kop slaat. Hoe komt het toch, dat de dokter geen tijd meer heeft voor wezenlijke, mijns inziens existentiële vragen van de patiënt?

Een andere schrijver, namelijk Frederik van Eeden, heeft daar precies 100 jaar geleden, namelijk in februari 1891, al een antwoord op gegeven.<sup>[2]</sup> Hij stelt namelijk in een essay over de humaniteit, schrijvend over het vak van dokter, ook zijn eigen vak: "Daarom is dit vak een verschrikkelijk vak, want het sacrifieert voor het lijden van anderen niet het lichaam, maar de ziel."

Van Eeden betoogt dat de arts door de gang door snijzalen en in confrontatie met ernstig lichamelijk en geestelijk lijden, zijn ziel opoffert en daarmee aan humaniteit inboet. In ander verband is daarover ook wel gesproken als "the

hardening of the skin" van de dokter. De dokter die zijn ziel, zijn persoon open zou moeten stellen voor de existentiële noden van zijn patiënten, is daartoe onvoldoende in staat. De opleiding en het beroep brengen een zekere afstomping teweeg, die noodzakelijk is om het beroep uit te kunnen oefenen, maar een belemmering is voor wezenlijk contact. Het gebrek aan tijd geldt dan als excuus. In een bijdrage voor het afscheidsboek van Ben Polak, destijds hoogleraar Huisartsgeneeskunde te Amsterdam, heb ik laten zien, dat Kafka in zijn novelle "Der Landarzt" ook vragen oproept over het onvermogen van de arts om een "heler" te zijn en moeite heeft met mensen een relatie aan te gaan.<sup>[3]</sup> Kafka schrijft: "Rezepte schreiben ist leicht, aber im übrigen sich mit den Leuten verständigen ist schwer".<sup>[4]</sup> De arts wil graag een "heler" zijn, een therapeut, maar faalt in zijn contact met de zieke.

Met deze drie citaten van respectievelijk Weemoedt, Van Eeden en Kafka heb ik het probleem geschilderd, dat mij sinds mijn vestiging als huisarts in Amsterdam in 1957 en later als hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan deze universiteit, sterk heeft beziggehouden.

Ik realiseerde mij, dat ik als huisarts onvoldoende in staat was een emotionele relatie met mijn patiënten aan te gaan. Trouwens ook door anderen dan schrijvers wordt op dit probleem gewezen. Zonder naar volledigheid te willen streven, citeer ik twee artsen die zelf ziek zijn of ziek geweest zijn.

Burnfield, psychiater en lijder aan multiple sclerose, wijst erop dat zijns inziens de medische professie de betekenis van emotionele en relationele problemen, die geassocieerd zijn met chronische ziekten, onderwaardeert. Hij meent dat de dokter de waarheid niet vertelt op grond van eigen angsten en onzekerheden. In een poging de arts te begrijpen, merkt Burnfield op: "In these modern days of "high tech" medicine, doctors may feel trained to cure, rather than to care for their patients. It seems that medical students are selected primarily for their ability to pass examinations, rather than for their human qualities" <sup>[5]</sup>

Oliver Sacks, een neuroloog, beschrijft in "A leg to stand on" de gevolgen van een ernstig ongeluk voor zijn linkerbeen en voor hemzelf. In dit boek wordt de moeder van de auteur ten tonele gevoerd door een hem bezoekende tante. Zij zegt



en ik citeer: "Your mother was a dedicated surgeon, and a very gentle sensitive soul, and it was sometimes difficult to reconcile her human feelings with her surgery. Her patients were very dear to her, but as a surgeon she had to see them as anatomical and surgical problems." En later, wanneer hij in een revalidatieinrichting verblijft, beschrijft Sacks de afstand die bestaat tussen de patiënten (invaliden) enerzijds en de hulpverleners anderzijds.

"I realised how I myself, in health, in the past, had shuddered away from patients, quite unconsciously, never realising it for a moment. But now, sick myself, garbed and gowned as a patient, I was intensely conscious of how I was shuddered-from, how the healthy, the non-patients, kept a distance between us." <sup>[6]</sup>

We zien dat ook zieke artsen ervaren hoe groot de afstand kan zijn tussen hen en hun collega's. Enige afstand is wenselijk, maar een emotionele relatie is noodzakelijk. Met deze relatie hebben artsen het moeilijk.

Ik heb geprobeerd in de opleiding van medische studenten en van arts-assistenten in opleiding tot huisarts hier iets aan te doen, terwijl ik in de nascholing aan huisartsen heb geijverd voor supervisie en consultatie om hen te helpen de belemmeringen op te sporen, die een gesprek met een patiënt over wezenlijke zaken in de weg staan. Of ik daarin geslaagd ben, wil ik gaarne aan anderen over laten om te beoordelen.

Vandaag wil ik met u wat langer stilstaan bij, wat ik heb genoemd, de persoon van de dokter en de veranderingen die wij mogelijk teweeg hebben kunnen brengen. Daarbij is het mij er vooral om te doen geweest "the hardening of the skin" enigszins ongedaan te maken en de dokter te helpen ruimte te vinden voor de patiënt.

Hoe ben ik op de titel van dit afscheidscollege gekomen?

In de functie-omschrijving van de Landelijke Huisartsen Vereniging <sup>[7]</sup> wordt de zorgverlening door de huisarts als volgt omschreven: "Deze is persoonlijk vanwege de persoonlijke betrokkenheid van de patiënt en huisarts op elkaar en de afstemming van de zorg op de eigen aard en verantwoordelijkheid van de patiënt ...". Onder het begrip zorg dient men volgens het woordenboek van Koenen-Drewes onder andere te verstaan:



1. zorgvuldigheid, aandacht;
2. liefderijke bezorgdheid; bewaking, oppassing - als voorbeelden worden o.a. genoemd: de zorg voor de gezondheid, gezondheidszorg, ziekenzorg, zuigelingenverzorging.

Voor de huisarts geldt dat men zorgvuldigheid en aandacht in de omgang met patiënten van hem of haar mag eisen. Hij/zij dient patiënten die zich aan zijn/haar zorg toevertrouwen liefderijk te bewaken en op hen te passen.

Uitgangspunt voor de geneeskundige zorg is een grondige kennis van de geneeskunde en tot op zekere hoogte van de psychologie van gezonde en zieke mensen. Het voorvoegsel "persoonlijk" heeft volgens het handwoordenboek vele betekenissen.

Voor ons van belang is dat het in de functie-omschrijving wijst naar de persoon van de arts. Deze speelt met al zijn eigenaardige kenmerken een rol in het proces van de hulpverlening. Waarom hecht ik nu zoveel waarde aan de studie van de persoon van de dokter en in het bijzonder van de huisarts?

De medische besliskunde staat tegenwoordig in het middelpunt van de belangstelling. Naar onze mening wordt in de discussie over het belang van dit vakgebied, de betekenis van gevoelens, emoties en van de onbewuste processen bij beslissingen die artsen nemen, onderbelicht.

Uit een recent onderzoek van Frets<sup>[8]</sup> naar de beslissing van ouders over het al dan niet krijgen van kinderen na erfelijkheidsadvies blijkt "dat de wens om kinderen te krijgen belangrijker is voor de beslissing omtrent nageslacht na erfelijkheidsadvies, dan de hoogte van het genetisch risico". "Met andere woorden, adviesvragers hebben de neiging hoge risico's te nemen". Ook blijkt dat mensen zich bij het tot stand komen van hun beslissingen in belangrijke mate laten beïnvloeden door gevoelens, die deels bewust, maar ook onbewust kunnen zijn. Op grond van haar onderzoek, komt Frets tot het advies "dat men zich beter kan richten op begrip voor gevoelens van de advies-aanvragers ten aanzien van de beslissing over het al dan niet krijgen van kinderen". Tibben<sup>[9]</sup> deed een onderzoek bij presymptomatische DNA-diagnostiek naar de reactie op het wel of niet drager zijn van het gen van de Chorea van Huntington. Hij vond dat zij die

géén drager blijken te zijn, niet de verwachte opluchting ervaren. De reactie op een, in dit geval, negatieve uitkomst, wordt grotendeels door niet-bewuste motieven bepaald. Dat gevoelens niet alleen bij patiënten, in dit geval mensen die een genetisch advies vragen, een rol spelen, maar ook bij artsen die beslissingen nemen, spreekt vanzelf.

Balint heeft in zijn beroemde boek "The doctor, his patiënt and the illness" al in 1957 gewezen op het belang van deze gevoelens, die bij het medisch handelen en beslissen een rol spelen. Hij spreekt van de dokter als geneesmiddel. <sup>[10]</sup>

De methode die ons ten dienste staat om de betekenis van gevoelens voor het medisch handelen te begrijpen, en die door Balint werd ontwikkeld en beschreven, heeft in Nederland veel succes geboekt.<sup>[11]</sup> Later viel een duidelijke teruggang te constateren.

In 1980 ben ik, samen met Verhage, opnieuw begonnen te werken met groepen huisartsen. Wat is de aanleiding daarvoor geweest en wat was mijn motivatie om met dit groepswerk te beginnen?

De directe aanleiding is het congres van de Association for Medical Education in Europe (AMEE) in 1980 te Nijmegen geweest en vooral de daaraan voorafgaande workshop in Langenboom. Deze workshop is georganiseerd door Themans en mij met het doel al degenen in Europa, die geïnteresseerd waren in de emotionele vorming van de medische student, bij elkaar te roepen. Vooral zij, waarvan wij wisten dat zij over dit onderwerp gepubliceerd hadden en bereid waren een referaat te houden, werden uitgenodigd. Zelf heb ik, als voorbereiding op deze workshop, nog eens het boek van Balint "The doctor, his patiënt and the illness" doorgenomen en een referaat voorbereid over de betekenis van deze auteur voor de opleiding van arts en van huisarts.<sup>[12]</sup> De workshop is een succes geworden, vooral door de inleidingen van mensen als Schretlen, (PS. Alexander van Es), Seager, Schüffel en Ström en het hoge peil van de discussie.

Persoonlijk vond ik de workshop van belang, omdat ons (Themans en mij) bleek, dat wij niet de enigen waren die geïnteresseerd waren in de emotionele kanten van

het vak. In vele landen bleken mensen, internisten, psychiaters, biochemici e.a. te werken met medische studenten en aandacht te besteden aan de andere zijde van de geneeskunde, misschien wel als kunst te benoemen.

Ik verkeerde met mijn ideeën niet in een isolement. Dit gaf mij de moed om met groepen huisartsen te gaan werken en mij, samen met Verhage, bezig te houden met de persoon van de dokter.

Dat dit mijns inziens een goed initiatief is geweest, is achteraf duidelijk geworden. Ons is gebleken, dat de huisartsen die deel hebben genomen of nu deelnemen aan de groepen, vaak met grote problemen kampen in de relatie met hun patiënten. Ik heb de casuïstiek die wij door de jaren heen hebben besproken nog eens doorgenomen ter voorbereiding van deze voordracht. Het is dan indrukwekkend te zien, hoe solistisch werkende huisartsen met problemen worstelen, waar zij veelal geen antwoord op hebben. Het is dan ook imponerend te kunnen zeggen, dat door dit groepswerk de huisartsen ervaren dat anderen met gelijksoortige problemen kampen en dat het mogelijk is hen te helpen bij het omgaan met deze problemen.

Ik wil op deze plaats de huisartsen, die aan onze groepen deelgenomen hebben en nu nog deelnemen, danken voor het vertrouwen dat zij in ons hebben gesteld en voor de mogelijkheid die zij ons hebben geboden om kennis te maken met de problematiek en daarover te mogen rapporteren.

#### **WIE WAS MICHAEL BALINT?**

Voor een goed begrip van ons groepswerk is het noodzakelijk om eerst in te gaan op de betekenis van Balint en zijn werk; daarna enkele ervaringen van ons aan u voor te leggen en tenslotte te komen tot een conclusie over dit groepswerk en de betekenis daarvan voor de geneeskunde.

Michael Balint leefde van 1896 - 1970. Zijn vader was huisarts in Boedapest. Hij kende het vak van zijn vader, de huisartsgeneeskunde, van buiten af als gezinslid en later van binnen uit door voor de praktijk van zijn vader waar te nemen.

Achteraf beschrijft Balint de elders verworven kennis als 'onbewust'. Bewust lag



zijn interesse op het terrein van de chemie, de natuurkunde en de mathematica. Hij werd bijna ingenieur, maar koos tenslotte toch voor de studie van de geneeskunde.

Na zijn studie wilde hij zich aanvankelijk verder bekwamen in de biochemie, maar hij had ook interesse voor de psychoanalyse. Hij studeerde na zijn arts-examen in Berlijn verder in de biochemie, het vak waarin hij ook zijn doctorsbul verwierf, maar onderging tevens een psychoanalyse.

De vraag die uit deze dubbele belangstelling voortkwam was hoe hij al deze kennis zou kunnen toepassen? Dit dilemma is menig student in de geneeskunde maar al te bekend.

De natuur-filosofische kanten van het vak houden een intellectuele uitdaging in die velen aanspreekt. Anderzijds biedt de psychologie en in het bijzonder de psychoanalyse, veel dat studenten met belangstelling voor de menselijke natuur aanspreekt.

We zitten met de jonge Balint midden in de moeilijke keuze tussen de natuur-filosofische geneeskunde, gestoeld op objectief wetenschappelijk onderzoek en de psychoanalyse, die veel meer steunde op onderzoek van subjectief ervaren onbewuste processen. Balint koos ervoor beide aspecten in de studie van de psychosomatiek te combineren. Dat was in 1922.

Inmiddels was hij psychoanalyticus geworden en werkte hij aan het Psychoanalytisch Instituut van Boedapest. Dit Instituut stond onder leiding van de met Freud zeer bevriende Hongaarse psychiater Ferenczi.

Teneinde meer artsen te interesseren voor de psychoanalyse en de psychosomatiek werden lezingen georganiseerd over psychologische problemen in de geneeskunde. Voor zijn latere werk in Engeland is het van belang te weten, dat Ferenczi in Boedapest groepsbesprekingen met analytici in opleiding organiseerde. Deze besprekingen toonden grote overeenkomst met de individuele leeraanlyse zoals deze ontwikkeld was in Wenen en Berlijn. Balint kende dus de voordelen van het groepswork. In 1936 ging de Jood Balint op de vlucht voor de nazi's (in Hongarije voor het Horthyregime) en belandde in Engeland waar hij zich eerst in Manchester en later in Londen vestigde. In Londen vroeg de leiding van de

Tavistock kliniek hem te helpen bij het trainen van maatschappelijk werkers. In die tijd heeft Michael, samen met zijn tweede vrouw Enid, de techniek voor de training uitgewerkt, eerst voor maatschappelijk werkers, later voor huisartsen. Naast de training zelf deden zij ook onderzoek. Zij trainden huisartsen door middel van groepswork om ze beter, anders, met hun patiënten te leren omgaan. Zij deden research teneinde de psychologie van de relatie van de patiënt met zijn of haar huisarts, nader te exploreren. Volgens Balint kwam dat neer op de studie van het geneesmiddel dokter, de dokter zelf is medicijn, en heeft een helende werking, maar ook, mogelijk negatieve, bijwerkingen.

## DE METHODE

Voor het trainingsaspect is van belang te vermelden dat Balint meende dat iedere medische setting zijn eigen regels, mogelijkheden en potenties heeft, zo ook de huisartsgeneeskunde.

Wat in de setting van de huisartsgeneeskunde mogelijk is, is in psychologisch opzicht vaak onmogelijk in de setting waarin de specialist c.q. de psychiater werkt. Men moet dus de psychologische vaardigheden ontwikkelen die voor de eigen situatie geschikt zijn en die situatie kan anders zijn dan voor de specialist. Er is door mij, in vervolg op deze door Balint geformuleerde uitgangsstelling, dan ook altijd voor gepleit dat wij de methode samen met de psychiaters (onze medische broeders) verder zouden ontwikkelen, en ook dat wij niet teveel van buiten af zouden incorporeren.

Wat is het eigene van het huisartsenwerk?

Wij weten dat de huisarts, die een continue relatie heeft met individuen en gezinnen, en die tijdens het spreekuur een patiënt ziet, vaak al zeer snel een idee heeft over wat er aan de hand zou kunnen zijn. "Hij vormt zich een hypothese", zeggen we tegenwoordig. Wij weten uit onderzoek, dat zo'n hypothese veelal door inductie tot stand komt. Daarbij speelt het onderscheid "pluis" - "niet pluis" een belangrijke rol. Wanneer een patiënt de spreekkamer van de huisarts binnenkomt, weet deze meestal niet, waarvoor de patiënt zich nu tot hem wendt. Het onder-

scheid "pluis - "niet pluis" is in het intuïtieve proces als eerste aan de orde, daarna komt de vraag of de patiënt een te identificeren ziektebeeld heeft. Nu is één van de problemen waarop Balint heeft gewezen, dat zo'n ziektebeeld in  $\pm 30\%$  van de gevallen helemaal niet geïdentificeerd kan worden. In deze gevallen schiet de "objectieve" methode der geneeskunde tekort. Wat in deze gevallen volgens Balint wel helpt, is een andersoortige observatie die door Balint "the participating observation" wordt genoemd. Hiervan is sprake indien er een emotioneel contact is tussen waarnemer en subject. Beiden beleven iets en het is zeer belangrijk om zich de belevingen gewaar te worden en zich te realiseren hoe deze gevoelens bijdragen aan het resultaat van de waarneming, aldus Balint. Het is dus niet meer noodzakelijk dat de huisarts een uitvoerig gesprek heeft met de patiënt, zoals in de beginjaren van de "Balint-beweging" gepropageerd werd. Dit gesprek, bedoeld om de oorzaak van de problemen van de patiënt op het spoor te komen, achten wij tegenwoordig bezwaarlijk. Het past niet gemakkelijk in het dagelijks werk van de huisarts. Veel belangrijker is het dat de huisarts zich verplaatst in de situatie van de patiënt en zich inleeft in diens gevoelens. Daarnaast moet hij distantie kunnen blijven nemen en een objectieve professionele waarnemer worden. Het gaat er daarbij om dat de dokter gevoelsmatig begrijpt wat er met de patiënt aan de hand is en dat de patiënt ervaart dat hij wordt begrepen.<sup>[13]</sup> Daarbij is tevens van belang dat de dokter zijn eigen gevoelens herkent en in de relatie gebruikt: de dokter als geneesmiddel.

## VOORBEELD

Hoe bij de dokter levende gevoelens het contact met de patiënt blokkeren moge blijken uit het volgende voorbeeld.

In één van onze studiegroepen vertelt een deelnemende huisarts iets over een patiënt die voor de tweede maal het spreekuur bezoekt wegens rugklachten. De patiënt is een ongeveer 40-jarige allochtone man die goed Nederlands spreekt. Hij is bouwvakker. De eerste keer klaagt hij over zijn rug, maar, en dat valt de huisarts direct op, hij beweegt zich tijdens het consult gemakkelijk. Bij onderzoek



vindt de huisarts geen afwijkingen. Hij schrijft pijnstillers en een smeersel voor. De patiënt werkt wegens zijn rugpijn niet en de dokter heeft het gevoel dat hij door de patiënt gebruikt, zo niet misbruikt wordt. Bovendien treedt de patiënt nogal dwingend op en deze huisarts heeft het daar moeilijk mee.

Het tweede consult levert niet het door de huisarts gehoopte resultaat op, de patiënt heeft nog steeds rugpijn. De dokter kan weer niets vinden en de patiënt beweegt zich opnieuw soepel. Op de valreep van dit tweede consult bedankt de patiënt de dokter. Uit zijn tas tovert de patiënt een fles champagne tevoorschijn, die hij de dokter aanbiedt. Deze is zo verbouwereerd dat hij de fles aanneemt waarna de patiënt hem verlaat. De dokter is nu kwaad - vooral op zichzelf - hij had moeten weigeren. Op de patiënt is hij boos omdat hij dit cadeau ziet als een bevestiging van zijn idee dat hij door de patiënt gebruikt wordt en daarvoor wordt hij nog beloond ook!

Wanneer wij in de Balintgroep op deze geschiedenis ingaan blijkt dat de huisdokter betrekkelijk weinig van de patiënt afweet. Deze is gehuwd en heeft twee kinderen. De leden van het gezin doen nauwelijks beroep op de huisarts. Het zijn kennelijk geen klagers. De huisarts herinnert zich wel dat de man al eerder voor rugklachten op het spreekuur is geweest, volgens hem om een alibi te hebben niet te hoeven werken. De huisarts is kwaad en hij heeft het idee dat hij gebruikt wordt.

Door deze gevoelens wordt hij geblokkeerd en hij vergeet op de achtergronden van de klachten in te gaan (een psychosociale anamnese af te nemen). Hij is evenmin in staat met deze patiënt met rugklachten emotioneel contact te leggen. Hij verdenkt hem er eigenlijk van dat deze hem beduvelt, maar vraagt of zegt daar niets over.

Er vindt dus een voor de dokter onbevredigend verlopend consult plaats, dat nog erger wordt door de aangeboden fles champagne. Zijn schuldgevoel over zijn medewerking aan 'fraude' wordt daarmee nog groter. Echter, wat de achtergronden van deze patiënt zijn, waarom het hem mogelijk even teveel is, kan de huisarts niet meedelen. Besproken wordt dat hij hieraan een volgende keer aandacht zou

kunnen geven en zal proberen een emotionele relatie tot stand te brengen. De kans is dan groter dat hij over het consult een beter gevoel heeft dan nu het geval was.

Wij realiseren ons dat bij de door Balint genoemde "te identificeren ziektebeelden", de objectieve methode van geneeskundig onderzoek, noodzakelijk is. Dat neemt niet weg dat ook in deze gevallen bij de benadering van een patiënt, bijvoorbeeld een patiënte met een knobbel in de borst, een emotioneel rapport naar onze mening niet gemist mag worden, afgezien van het feit dat de ziekte goed gediagnostiseerd en behandeld moet worden.

Tevens dienen wij ons te realiseren dat er patiënten zijn die wij gevoelsmatig niet te na moeten komen omdat zij dat niet verdragen. Wij hebben dat uiteraard te respecteren.

#### METHODE IN ROTTERDAM

De deelnemers aan onze groepen worden niet vooraf geselecteerd of gescreend, iets dat Balint in Londen destijds wel deed. De groepen worden geleid door een huisarts-discussieleider en een consulent, in ons geval een psycholoog-psychoanalyticus. De huisarts heeft ervaring met het leiden van Balintgroepen. De groep komt eenmaal per 14 dagen bijeen gedurende anderhalf uur. De groep bestaat uit minimaal 8 en maximaal 12 artsen. Wij hebben na een proefperiode van een half jaar de deelnemers gevraagd gedurende anderhalf jaar met ons te werken. Indien zij daarop ingingen werd van hen verwacht dat zij altijd aanwezig zouden zijn en dat wij ons strikt aan de afgesproken tijd zouden houden. De groep functioneerde twee jaar. Het aantal afvallers was in onze eerste twee groepen nihil; in onze latere groepen vielen enkele artsen af. Aan het begin van de sessie wordt aan de artsen gevraagd een casus te brengen voor de bespreking. Men heeft geen aantekeningen e.d. bij zich. De geschiedenis die zij inbrengen vertellen zij uit het hoofd. Dit is belangrijk omdat dit de dokter helpt zich niet achter zijn notities te verschuilen. En bovendien kan al datgene wat de dokter zich herinnert en de manier waarop hij zich dat herinnert, belangrijk materiaal opleveren voor de

bespreking. Ook invallen, die tijdens de bespreking opkomen, blijken nogal eens van cruciaal belang te zijn. Het eerste deel van de bijeenkomst wordt gewijd aan het probleem van de dokter, zodanig dat alle deelnemers duidelijk is wat dat probleem is. Daarna wordt de aandacht gericht op de dokter en stellen wij ons de vraag: "Waarom is deze patiënt op dit moment een probleem voor de dokter?" Door het probleem te exploreren in de groep en door uitspraken van de groepsleider en de consulent wordt duidelijk waarom dit het geval is.

### EEN CASUS

Een dokter brengt het geval in van een ongeveer 45-jarige vrouw die een tentamen suïcidii heeft gepleegd met vesparax<sup>(R)</sup>. Zij heeft dit, na opname waar behandeling heeft plaats gevonden, overleefd. De vrouw is gehuwd met een eveneens 45-jarige man, die lijdt aan rheumatoïde arthritis. De man is ernstig gehandicapt, zit in een rolstoel en is depressief. Er vinden veel vechtpartijen plaats in dit gezin. De betrokken huisarts heeft vroeger al eens over zijn negatieve gevoelens voor dit gezin gesproken. Hij vindt de vrouw sterk overheersend. Ondanks het tentamen suïcidii van de vrouw is er in het gezin niets veranderd. Hoe de man op dit tentamen van zijn vrouw heeft gereageerd is onbekend. De huisarts vraagt zich af wat hij te zoeken heeft in dit gezin; hij heeft de neiging zich terug te trekken. Tijdens onze groepsbespreking toont de huisarts een zekere koppigheid. Hij wil voorkomen dat er verdere ruzies in het gezin plaatsvinden en voelt zich machteloos, wanneer hem dat niet blijkt te lukken. De groep is van mening dat hij medisch gezien wel verantwoordelijk is voor de begeleiding van de chronisch zieke man, maar zeker niet voor de oplossing van de gezinsproblematiek.

De vraag komt aan de orde waar deze koppigheid van de dokter uit voort komt. Haperend vertelt hij dat hij is opgegroeid in een gezin, waar ook grote spanningen heersten, als gevolg van invaliditeit van één van de gezinsleden. Hij zegt voor zichzelf een modus te hebben gevonden om daarmee te leven, maar hij herkent wel veel van de spanningen in gezinnen uit zijn praktijk. Hij merkt dat hij persoonlijk te zeer betrokken is bij de problemen van dit gezin. Hij kan er moeilijk van los

komen en hij ziet in dat hij op grond van zijn verleden moeilijk met dergelijke gezinnen kan werken.

Is hij op grond van zijn achtergrond geneigd teveel te doen, als scheidsrechter op te treden en te voorkomen dat er ruzies zijn, net als bij hem thuis toen hij een kind was? Is hij teleurgesteld dat hij zo weinig kan doen?

In deze casus zien wij dat de toestand waarin dit gezin verkeert, sterke herinneringen oproept aan de eigen jeugdsituatie van de dokter. Er is een grote overeenkomst. Het is moeilijk voor hem zijn eigen persoonlijke ervaringen buiten de relatie met het gezin te houden.

## DISCUSSIE

De casus die zojuist besproken is, is gebaseerd op verbatim verslagen die wij hebben gemaakt van onze groepszittingen. Een deel van deze casuïstiek is uitvoerig beschreven. <sup>(13)</sup>

Uit ons onderzoek van de verbatim verslagen blijkt onder meer het volgende.

- 1) Nogal eens spelen eigen (jeugd-)ervaringen van de arts een rol in het contact met de patiënt; ervaringen waarvan de arts zich tijdens het consult vaak niet of nauwelijks bewust is. Bewustwording stelt de arts op den duur in staat onderscheid te maken tussen datgene wat bij de patiënt hoort en wat bij hemzelf. Zo verbetert de arts-patiëntrelatie en de kwaliteit van het consult.
- 2) Ook schuldgevoelens komen wij regelmatig tegen, waarbij onderscheid gemaakt moet worden tussen normale en neurotische schuldgevoelens. In één van onze beschreven gevallen was het schuldgevoel in de grond reëel, maar het leek te appelleren aan andere, onbewuste gevoelens op grond waarvan de dokter zich te lang schuldig bleef voelen.
- 3) Wat wij vooral hebben waargenomen en wat de deelnemers aangeven geleerd te hebben, is hoe de eigen gevoelens van de dokter aan het licht komen. Deze gevoelens zijn vaak niet bewust, waardoor zij interfereren in de relatie met de patiënt. Daardoor wordt de dokter belemmerd in zijn professionele handelen. Door dit te zien, te leren deze gevoelens bewust te laten worden en te laten



meespelen in de relatie kan de dokter zichzelf als geneesmiddel beter 'toedienen'. Daardoor voelt hij zich minder geïrriteerd door lastige en somatiserende patiënten en kan hij zijn beroep met meer plezier uitoefenen. Tevens ziet hij dat hij niet de enige is die met deze problemen kampt en raakt zo uit een soms kwellend - professioneel en anderszins - isolement.

Ik hoop u in het voorafgaande te hebben kunnen laten zien van hoe groot belang de kennis van de persoon van de dokter voor het functioneren van met name de huisarts is. Ik hoop tevens, dat het u duidelijk is geworden dat de groepen met huisartsen, zoals ik die, eerst samen met Verhage en later met Trijsburg en Schellart, heb geleid, eraan bijdragen dat de deelnemers leren zien, hoe hun eigen emoties een rol spelen in de beslissingen die zij samen met of voor hun patiënten nemen. Deze opvattingen over het functioneren van huisartsen, zoals die zich hebben ontwikkeld in onze groepen, worden ondersteund door recent wetenschappelijk onderzoek. Bensing toont in haar binnenkort te verschijnen proefschrift aan, dat geïrriteerde huisartsen weinig vragen stellen tijdens het consult en zich niet erg attent gedragen. <sup>[14]</sup> Braams en Bareman <sup>[15]</sup> tonen in een te verschijnen publicatie aan dat huisartsen moeite hebben met patiënten die ontevreden over hen zijn. Zij voelen zich voor dit gedrag verantwoordelijk en functioneren niet adequaat. Hun conclusie is dat het gedrag van artsen dat in de omgang met zieke mensen adequaat is, in de relatie met ontevreden patiënten niet voldoet. Het ziet er dus naar uit dat de komende jaren het wetenschappelijk onderzoek zal bevestigen wat wij, in navolging van Balint, empirisch hebben vastgesteld. Bij beslissingen die artsen nemen ten behoeve van hun patiënten, spelen niet alleen rationele factoren een rol, maar ook onbewuste motieven. Indien hen dat bewust is, komt dat de geneeskunst ten goede.

Dames en Heren,

Ik kom tot een afsluiting. Ik wil allereerst mijn patiënten danken. Ik heb veel van hen geleerd, eerst in mijn praktijk in Amsterdam, later in Krimpen a/d Yssel. In de relatie met hen heb ik mijzelf beter leren kennen. Van mijn medegroepsbegeleiders Verhage, Trijsburg en Schellart heb ik eveneens zeer veel geleerd, waarvoor ik uitermate dankbaar ben.

Ik hoop dat ik er in de afgelopen jaren in ben geslaagd anderen van deze inzichten te hebben laten profiteren, opdat de humaniteit van onze huidige en toekomstige artsen de belangrijkste drijfveer blijft om het mooie beroep uit te oefenen.

Ik dank u voor uw aandacht.



## LITERATUUR

1. Weemoedt L.  
De ziekte van Lodesteyn.  
Uitgeverij Contact; Amsterdam, 1986.
2. Eeden F van.  
Over humaniteit.  
Studies, tweede reeks 1891.
3. Dokter HJ.  
Liefde en plicht in: Beusekom JAH van, ea. Bye bye Ben.  
Instituut voor Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam; Amsterdam, 1984.
4. Kafka F.  
Sämtliche Erzählungen.  
Fischer; Frankfurt/Main, 1970.
5. Burnfield A.  
Doctor-patient dilemma's in multiple sclerosis.  
Journal of Medical Ethics 1984; 1: 21-6.
6. Sacks O.  
A leg to stand on.  
Pan Books Ltd; London, 1986.
7. Anoniem.  
De LHV functie-omschrijving.  
LHV Vademecum III 9-15; Utrecht, 1985.

8. Frets PG.  
The reproductive decision after genetic counseling.  
Academisch Proefschrift; Rotterdam, 1990.
9. Tibben A, ea.  
Presymptomatische DNA-diagnostiek bij de chorea van Huntington: reacties op de zekerheid niet-gendrager te zijn.  
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1990; 134: 701-4.
10. Balint M.  
The doctor, his patient and the illness.  
Pittman Medical; London, 1957.
11. Dokter HJ, Verhage F.  
Balint herzien in: Es JC van, ea. Het Medisch jaar 1984.  
Bohn, Scheltema en Holkema; Utrecht, 1984.
12. Seager CP.  
Attitudinal aspects of medical competence.  
Medical Education 1981; 15: 407-13.
13. Dokter HJ, Verhage F.  
De dokter als medicijn, in druk.
14. Bensing JM.  
Doctor patient communication and the quality of care.  
Social Science Medicine, in press.

15. Braams FM, Bareman F.  
Interaction between general practitioners and dissatisfied patients.  
Aangeboden ter publicatie.



